**INSCRIPCIÓ COLÒNIES MAS CAN PIC 2024. 8 DIES**

**DADES PERSONALS INFANT**

Nom: Primer cognom: Segon cognom:

Edat: Curs: Data naixement: Núm. targ. sanitària:

**DADES PERSONALS SOL·LICITANT**

Nom: Primer cognom: Segon cognom:

Núm de identificació: Tel. fix: Tel. mòbil:

Adreça: Núm: Pis: Municipi: Codi postal:

Correu electrònic:

**DADES DE LA MARE, PARE, TUTOR/A:**

Nom i cognoms mare, pare, tutor/a: Telf. contacte:

Nom i cognoms mare, pare, tutor/a: Telf. contacte:

**AUTORITZACIÓ**

En/na amb DNI autoritza el/la seu/seva fill/a a participar a les colònies que es realitzaran del 28 de juliol al 4 d'agost del 2024, al Mas Can Pic a Taradell (Osona) organitzades per l’Esplai GER, sent coneixedor/a de les activitats que es realitzaran.

Signatura de la mare, pare, tutor/a:

|  |
| --- |

- Fa extensiva aquesta autorització a,

1.Les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d’extrema urgència sota la pertinent decisió facultativa.

2. A que l’infant sigui desplaçat en vehicle privat en cas de necessitar atenció mèdica i que aquesta no sigui urgent ni especialitzada durant l’activitat organitzada per l’Esplai GER.

3. A que els monitors/es responsables de l’activitat organitzada per l’Esplai GER, puguin efectuar petites cures i puguin administrar medicació al meu fill o filla, segons prescripció mèdica i tenint l’avís previ dels seus pares, mares o tutors legals

4. A fer fotografies o/a enregistrar amb videocàmera el meu fill/a en les diferents activitats que organitza l’entitat, així com a l’ús d’aquestes per a la promoció, difusió i/o propaganda habituals de l’entitat, d’acord a la llei de protecció d’imatges del menor ​(\*).

SI NO

Signatura de la mare, pare, tutor/a:

|  |
| --- |

Sant Pere de Ribes, de de 2024

**FITXA SANITÀRIA**

Nom i cognoms infant:

Grup sanguini:

Té el calendari de vacunacions complert segons el calendari de vacunacions? SI NO

Malalties passades:

 Xarampió Escarlatina Rubòla Asma Tos Ferina Cardíaques Varicel·la Galteres Hepatitis Frac. òssies

Altres:

Pateix actualment alguna malaltia? SI NO Quina:

Té alguna malaltia crònica? SI NO Quina:

És al·lèrgic a cap medicament? SI NO Quina:

Pren algun medicament? SI NO Nom: Dosi:

Ha de prendre algun medicament durant l’estada a les colònies? SI NO

Nom: Dosi: Administració:

**AUTORITZACIÓ**

Jo amb DNI com a representant legal del nen/nena autoritzo a l’equip de monitors/es de l’Esplai GER a subministrar el medicament esmentat al meu fill/a, segons la dosi especificada.

Signatura de la mare, pare, tutor/a:

 Sant Pere de Ribes, de de 2024

**NECESSITATS EDUCATIVES**

Té alguna necessitat educativa especial? SI NO Quina:

En cas de tenir necessitats educatives especials, indiqueu quina:

**HÀBITS**

Sap nedar? SI NO N'està aprenent:

Hàbits de son (malsons, insomni, migdiada, etc.)

Hàbits d’higiene (dutxa, raspallar les dents, etc.)

Hàbits alimentaris (menja sol/a, s’acaba el menjar, etc.):

**AL·LÈRGIES**

Té algun tipus d'al·lèrgia? SI NO A qué?:

Altres al·lèrgies dins l'hàbit alimentari:

Altres observacions:

(\*)En compliment d'allò que disposa l'article 5 de la Llei orgànica15/1999,del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, informem que les dades que han estat proporcionades a través de la fitxa d’inscripció seran incorporades a un fitxer automatitzat i a un fitxer amb suport paper del Grup de l'Esplai per tal de mantenir informades les famílies. Aquestes dades són confidencial si d’ús exclusiu del Grup Esplai GER. Si ho desitgeu, podeu accedir,rectificar o cancel·lar les dades, adreçant-vos per correu ordinari o electrònic a l’entitat.

**DATA LÍMIT INSCRIPCIÓ: 12 DE JULIOL**

La inscripció pot ser enviada a partir de la publicació a la web del Ger sense haver de fer el pagament immediat.

Cal retornar-la degudament emplenada al correu electrònic: **esplaiger@gmail.com**

**DATA LÍMIT PAGAMENT: 15 DE JULIOL**

El pagament es podrà fer a partir de la inscripció feta i enviada.

**OPCIÓ FRACCIONAMENT:**

Volem facilitar el pagament de les colònies i donar l’opció de fraccionar l’import.

| **MES** | **IMPORT** |
| --- | --- |
| **31 ABRIL** | **70,00€** |
| **31 MAIG** | **70,00€** |
| **31 JUNY** | **70,00€** |
| **1 AL 15 JULIOL** | **SOCIS/ES: 110,00€** **AMICS/ES: 125,00€** |

*\*\* per cada pagament fraccionat cal posar correctament el concepte de l’ingrés (mirar a dades bancàries)*

**DATA LÍMIT ANUL·LACIÓ: 12 DE JULIOL**

Es retornarà l’import pagat sigui fraccionat o bé sencer de la totalitat transferida avisant **abans del 12 de juliol.**

**IMPORT COLÒNIES:**

SOCIS/ES: 320,00€

AMICS/ES: 335,00€

**DADES BANCÀRIES**

**BANC:** Banc Sabadell

**NÚM. COMPTE:** ES64 0081 0092 1700 0129 0833

**DESTINATARI:** ESPLAI GER

**CONCEPTE:** CO-seguit del 1r cognom i nom participant/a.(ex: CO-GARCIAALBERT)